SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CALDAS
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO PARA LA FORMACION CAFETERA-CALDAS
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**17**
Código Centro	**911210**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**23816-939628**
No. de documento	**74264**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS	**C.C.**	93.402.930	**IP/Nº de contacto**	62447
Correo electrónico contratista:	afhoyos@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	07949256027		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**	NO				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2416472/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**28321**		
Valor Total del Contrato	$ 23.382.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.382.000	**1**	**Del**	**09/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 2.857.800,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.524.200		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA EL PROCESO GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES", EN EL ÁREA: PRODUCCIÓN DE CAFÉ, SEGÚN RAD: 9-2021-002900.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.857.800	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.857.800**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.684.665**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4380884923**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.143.120	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 142.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 182.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 285.780	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 561.555	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.684.665,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.532.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	9.368,00	0,370%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.848.432,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ofertar las normas a posibles aspirantes al proceso de evaluación y certificación de competencias.
Enviar correos a posibles candidatos con los formatos de inscripción al proceso.
Presentar documentos para auditoria en dos normas del sector cafetero.
Asistir a reuniones citadas por la dinamizadora.
Concertar la construcción de dos baterías de Instrumentos para el proceso.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

RODRIGO GIRALDO VELASQUEZ
COORDINADOR DE GRUPO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

CARLOS ALBERTO OSPINA RIVERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93402930
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS HOYOS VARGAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CLL 73 A # 19 - 16	TELÉFONO:	8903514
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4380884923**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9994598639	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 93402930	HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526	93402930	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 268.500**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9025521499 DV: 914713

Cajero: TJSERNA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 06/04/2021 15:09:17

PS Recaudador:
039004 SERVIENTREGA MILAN

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 93402930

Nombre: ANDRES FELIPE
Apellido 1: HOYOS
Apellido 2: VARGAS
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 8868819
Codigo Planilla: 4380884923
Periodo Pago: 2021/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
93402930	$268.500,00

Valor recibido: $268.500,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14753537727

(415)7707212489984(8020) 000001475353772 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 4 0 2 9 3 0	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	93402930	1 9 9 5 0 4 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HOYOS	VARGAS	ANDRES	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CL 73 A 19 16

42. Correo electrónico: rfelipee@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 9 0 3 5 1 4	3 1 8 5 4 3 9 5 6 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 0 0 9 0 1	8 5 2 3	2 0 1 0 0 1 2 7	0 0 1 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
5	2 2	4 9																							

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 04 - 21 / 15 : 02: 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
EXAMEN MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 29 Sept 2020 **TELÉFONO:** 3185413956 6.

NOMBRE COMPLETO Andres Felipe. Hoyos Vargas.		**EDAD** 43	**CÉDULA** 93402930
EMPRESA O CONTRATANTE Sena.		**CARGO**	Evaluador de competencias laborales.
TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación periódico programado otro			Ingreso

CONCEPTO DE APTITUD: aplica para ingreso post, incapacidad, periódico reintegro, cambio de ocupación).
Marque con x una de las siguientes:

Sin limitaciones para el cargo: X Con limitaciones para el cargo: _____ Aplazado: _____

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI X **NO** _____

OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES: (Restricciones Recomendaciones o motivo de aplazamiento)

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas, e higiene postural. Examen Físico: Físico. Psicosocial. neurológico, cardiaco. muscular primer osteoarticular: Sin hallazgos.

EL CONCEPTO DE APTTITUD SE EMITIO APARTIR DE: (Marque con una X los que aplique)

Examen Médico	X	Neuroconducción		Lanoratorios: Cuales	
Tamizaje de Audiometría		Evaluación Osteomuscular	X		
Tamizaje de Espirometría		Evaluación Dermatológica	X		
Tamizaje de Visiometría	X	Evaluación Trabajo en alturas	—		
Examen Optométrico		Evaluación M. de Alimentos	—	Otros; Cuales	
Electrocardiograma		Evaluación Cardiovascular	X		
Electro encefalograma				T	358

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una X según a que corresponda)

Secuela ATEP no reportado: Si____ No____ Enf. Profesional: Si____ No____ Enf Común agravada por el trabajo: Si____ No_____

SE ENTREGA REMISION PARA LA E.P.S SI _____ NO X

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA SUGERIDOS: Negativo para Síntomas y contacto, Covid 19

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a)a realizar en mi examen y /o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito los beneficios la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) a partir de la respetiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por estas son veridicas y son completas, autorizo a la empresa para que suministre a mi empresa donde trabajo y /o entidades contempladas en la legislación vigente, para que suministre este documento para el buen cumplimiento del programa salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Dr Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia de Salud Ocupacional
Reg Dpta! 1179 Reg Nal 8740

FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

93402930
FIRMA DEL EMPLEADO

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

TAMIZAJE

VISIOMETRIA BILATERAL

PRUEBA Y EVALUACION DE PERCEPCION VISUAL

FECHA: 24 Sept 2020 **HORA:** _____ **ENTIDAD** Senca.
NOMBRE COMPLETO: Andres Felipe Hoyos Vargas.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 93402930. **EDAD:** 43 AÑOS.
DIRECCION: Calle 73 # 17-23 **TELEFONO:** 3185439566

ANTECEDENTES PATOLOGICOS OCULARES: Ninguno

OJO DERECHO: **VISIÓN CERCANA:** 20/25
VISIÓN LEJANA: 20/10

OJO IZQUIERDO: **VISIÓN CERCANA:** 20/25
VISIÓN LEJANA : 20/10.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Defecto de Refracción

DEBE SER EVALUADO POR: si

Oftalmología: _____ **Optometría:** consulta.

OBSERVACIONES: _____

Dr Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Reg Dptal 1179 Reg. Nal 8740

Nota; Este examen no reemplaza el examen de optometría realizado por el optómetra.

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com

Escaneado con CamScanner

Paciente : Andres Felipe Hoyos Vargas
Edad : 44 A Sexo : M Codigo : 93402930
Telefono : 3185439566
Empresa : CLINICA FAME IPS LTDA.

Recepcion : 11048 Fecha RCP : 2021-03-25 09:36:33
Identificacion : CC 93402930
Sala : N/A

	Resultado	Und.Med.	Valores de Referencia
Hematologia			
CUADRO HEMATICO (Hemograma IV)			F. reportado: 2021-03-25 10:30:20
SERIE BLANCA:			
LEUCOCITOS	6.29	10^3/ul	5.0 a 10.0
NEUTROFILOS	3.77	10^3/ul	2.00 a 7.50
LINFOCITOS	1.86	10^3/ul	1.30 a 4.00
MONOCITOS	0.52	10^3/ul	0.15 a 0.70
EOSINOFILOS	0.12	10^3/ul	0.00 a 0.50
BASOFILOS	0.02	10^3/ul	0.00 a 0.15
GRANULOCITOS INMADUROS	0.06	10^3/uL	0 a 999
NEUTROFILOS%	60	%	40.00 a 75.00
LINFOCITOS%	29.6	%	21.00 a 40.0
MONOCITOS%	8.2	%	3.0 a 7.0
EOSINOFILOS%	1.9	%	0.00 a 5.00
BASOFILOS%	0.3	%	0.00 a 1.5
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.9	%	0 a 99
SERIE ROJA:			
ERITROCITOS	5.44	10^6/ul	4.00 a 5.50
HEMOGLOBINA	16.0	g/dL	12.00 a 17.4
HEMATOCRITO	48.2	%	36.00 a 52.00
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.4	fL	76.00 a 96.00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.1	pg	27.0 a 32.0
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	34	g/dL	30.00 a 35.00
RDW-SD	52.9	fL	46.00 a 59.00
RDW-CV	13	%	11 a 16.0
PLAQUETAS:			
PLAQUETAS	220	10^3/ul	150 a 450
PLAQUETOCRITO	0.25	%	
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.3	fL	8.00 a 15.00
PLCR	34.4	%	13 a 43
PLCC	7.6	10^3/µL	
OTROS PARAMETROS			
NORMOBLASTOS	0	10^3/uL	0 a 999

Paciente : Andres Felipe Hoyos Vargas
Edad : 44 A Sexo : M Codigo : 93402930
Telefono : 3185439566
Empresa : CLINICA FAME IPS LTDA.

Recepcion : 11048 Fecha RCP : 2021-03-25 09:36:33
Identificacion : CC 93402930
Sala : N/A

	Resultado	Und.Med.	Valores de Referencia
NORMOBLASTOS%	0	%	0 a 99

Claudia Marcela Rodriquez Duque
Bacteriologa

Quimica

GLICEMIA EN AYUNAS F. reportado: 2021-03-25 11:21:44

Resultado:	91	mg/dl	74 a 106

Tecnica: Quimica Seca

PERFIL LIPIDICO F. reportado: 2021-03-25 11:21:52

COLESTEROL TOTAL	212	mg/dl	

Interpretación:

Deseable: Menor A 200
Limitrofe alto: 200 A 239
Alto: Mayor A 240

TRIGLICERIDOS	315	mg/dl	

Interpretación:

Normal: MENOR A 150
Sospechoso: 150 A 199
Alto: 200 A 499
Muy alto: MAYOR A 500

COLESTEROL HDL	35	mg/dl	

Interpretación:

Bajo: Menor A 40.0
Alto: Mayor A 60.0

COLESTEROL VLDL	63		16 a 34
COLESTEROL LDL	114		0 a 150
INDICE ARTERIAL	6.06		

SIN RIESGO: 2.7 A 4.0 %
RIESGO PROMEDIO: 4.0 a 7.5 %
ALTO RIESGO: MAYOR A 7.5 %

Tecnica: Quimica Seca

Isabel C. Sánchez G.

Paciente : Andres Felipe Hoyos Vargas
Edad : 44 A Sexo : M Codigo : 93402930
Telefono : 3185439566
Empresa : CLINICA FAME IPS LTDA.

Recepcion : 11048 Fecha RCP : 2021-03-25 09:36:33
Identificacion : CC 93402930
Sala : N/A

	Resultado	Und.Med.	Valores de Referencia

Isabel Cristina Sanchez Giraldo
Bacteriloga

Hace constar:

Que el Sr(a) ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93402930 realizó el día 21/04/2021 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 93402930 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

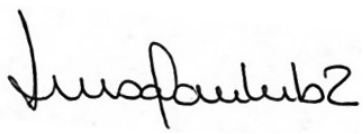
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93402930, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 09/04/2021 y fecha fin de contrato 08/10/2021 con riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101014267053.

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de Abril de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE** identificado(a) con **CC** número **93.402.930** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de septiembre de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de abril de 2021.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202104231007

Certificado Bancario

Lunes, 19 de Abril de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS identificado(a) con CC 93402930, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	07949256027	2009/04/03	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
MANIZALES	MANIZALES	42	42-46-101014945	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
09	04	2021	09	04	2021	00:00	08	02	2022	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE			Identificación:	93402930
Dirección:	CL 73 NRO. 17 - 23 AP 701 TO	Ciudad:	MANIZALES - CALDAS	Teléfono:	3185439566

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	KM VÍA, CL. 10, MAGDALENA	Ciudad:	MANIZALES - CALDAS	Teléfono:	8748444

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR 2416472 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA EL PROCESO DE GESTION DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE COMPETENCIAS LABORALES EN EL AREA DE PRODUCCION DE CAFE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	09/04/2021	08/02/2022	$ 2,338,200.00

OBSERVACIONES:

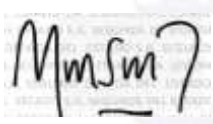
*LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR EL PAGO DE LAS MULTAS Y DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA , COMO TAMBIEN Y LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL CONTENIDAS EN EL CONTRATO

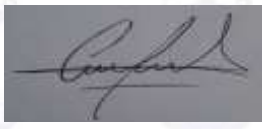
Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00	$ 2,338,200.00	09/04/2021

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS	72984	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CRA. 24 NO. 64-03 - Teléfono: 8813280 - MANIZALES





FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

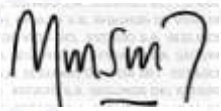
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 42-46-101014945, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en MANIZALES, a los 9 días del mes de Abril de 2021



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 42461010149450

FECHA	
09/04/2021	

RECIBIMOS DE: HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE C.C. 93402930

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014945

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014945 - 0 - 0	$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 27,370.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984	**OTROS:**	$ 0.00
	TOTAL:	$ 27,370.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 42461010149450

FECHA 09/04/2021

RECIBIMOS DE: HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE C.C. 93402930

LA SUMA DE: VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 42-46-101014945

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
MANIZALES - CU. ESTATAL - 101014945 - 0 - 0	$ 15,000.00	$ 8,000.00	$ 4,370.00	$ 27,370.00

FORMA DE PAGO

	EFECTIVO:	$ 27,370.00
	CHEQUE:	$ 0.00
	TARJETA:	$ 0.00
	BD:	$ 0.00
INTERMEDIARIO: PELAEZ OCCIDENTE LIMITADA ASESORES DE SEGUROS - 72984	OTROS:	$ 0.00
	TOTAL:	$ 27,370.00
	CAJERO: RAPIESTADO	

COPIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.42-46-101014945

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, Abril de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	10538770902	**CAMILA ANDREA HOYOS CARDONA**	**HIJO**
T.I.	1000943690	**SARA SOFIA HOYOS CARDONA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA
Nombre: ANDRÉS FELIPE HOYOS VARGAS
C.C. 93.402.930 De Ibagué

ORDINALES O CODIGOS DE LOS MESES							
	ENERO 01	FEBRERO 02	MARZO 03	ABRIL 04
	MAYO 05	JUNIO 06	JULIO 07	AGOSTO 08
	SEPT. 09	OCTUBRE 10	NOV 11	DIC. 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION Nº

(1) Parte básica	(2) Parte compl.
990617	

27323527

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	(4) Municipio y Departamento	(5) Código
	NOTARIA OCTAVA	SANTAFE DE BOGOTA	1008

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: HOYOS	(7) Segundo apellido: CARDONA	(8) Nombres: CAMILA ANDREA		
SEXO	(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO	(10) Día: 17	(11) Mes: JUNIO	(12) Año: 1.999
LUGAR DE NACIMIENTO	(13) País: COLOMBIA	(14) Departamento: CUNDINAMARCA	(15) Municipio: SANTAFE DE BOGOTA		

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL SAN IGNACIO			(17) Hora: 02.15
	(18) Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroquial, etc.): MEDICO	(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: GERMAN GONZALEZ SALAZAR		(20) Nº licencia: 10278
MADRE	(21) Apellidos (de soltera): CARDONA CARDONA	(22) Nombres: MARIA ROCIO		(23) Edad al nacimiento del padre: 38
	(24) Identificación (clase y número): C.C 24.866.818 PENSILVANIA	(25) Nacionalidad: COLOMBIANA	(26) Profesión u oficio: ADMINISTRADORA EMPRESAS	
PADRE	(27) Apellidos: HOYOS VARGAS	(28) Nombres: ANDRES FELIPE		(29) Edad al nacimiento del padre: 22
	(30) Identificación (clase y número): C.C 93.402.930 IBAGUE	(31) Nacionalidad: COLOMBIANA	(32) Profesión u oficio: ESTUDIANTE	

DENUNCIANTE	(33) Identificación (clase y número): C.C 93.402.930 IBAGUE	(34) Firma (autógrafa)
	(35) Dirección postal: CALLE 153 # 13-72	(36) Nombre: ANDRES FELIPE HOYOS VARGAS
TESTIGO	(37) Identificación (clase y número): AP 203 tel 6789378	(38) Firma (autógrafa)
	(39) Domicilio (Municipio):	(40) Nombre:
TESTIGO	(41) Identificación (clase y número):	(42) Firma (autógrafa)
	(43) Domicilio (Municipio):	(44) Nombre:

FECHA DE INSCRIPCION (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	(45) Día	(46) Mes	(47) Año
	23	JUNIO	1999

Firma (autógrafa) del funcionario ante quien se hace el registro
REPUBLICA DE COLOMBIA
Edgar Sanchez Vargas
Notario 8 Santafé de Bogotá
(48) Nombre del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10-0 VI-77

El Notario Octavo (E) de este circulo certifica que esta fotocopia coincide exactamente con la fotocopia autenticada del original que he tenido a la vista.
11 ENE. 2008
NOTARIA OCTAVA
ROSABEL ANGULO M. NOTARIA (E)
Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA OCTAVA
BOGOTA D.C.

Carrera 15A No. 120-63 PBX Y FAX 215 15 68

Es copia del original, el cual reposa en los archivos de esta notaría.
Bogotá D.C. OCHO (8) de ENERO
del año dos mil Ocho (2.008), para acreditar parentesco.
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

EL NOTARIO OCTAVO
EDGAR SÁNCHEZ VARGAS

****

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA OCTAVA DE BOGOTA NOTARIO EDGAR SANCHEZ VARGAS

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

1000943690

NUIP A9D 0 251 271

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33136918

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 22 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 78 6 4

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - - - - - - CUNDINAMARCA- - - - BOGOTA DISTRITO CAPITAL- -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HOYOS	CARDONA

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes 09 Día 18	FEMENINO	"A"	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - - - - - - CUNDINAMARCA- - - - BOGOTA DISTRITO CAPITAL - -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS	A 5158098

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CARDONA CARDONA MARIA ROCIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 24.866.818 de Pensilvania (Cds.)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC.# 93.402.930 de Ibagué	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HOYOS VARGAS ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 93.402.930 de Ibagué	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: POLANCO BOLAÑOS CELMIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 38.245.650 de Ibagué (Tol.)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: HOYOS VARGAS ALIRIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 93.372.072 de Ibagué (Tol.)	

República de Colombia
NOTARIA 72 DEL CIRCULO
DE BOGOTA, D.C.

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes 01 0 Día 30	ALICIA VARGAS CADENA (E)
	Nombre y firma

Notaria Encargada

IMPRESO POR CADENA AMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. - NIT 800.175.457-5

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS
FUE CREADA MEDIANTE ORDENANZA No. 06 DE 1943 Y LA LEY 34 DEL 8 DE AGOSTO DE 1967 LA CONSTITUYO EN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE ORDEN NACIONAL, ADSCRITO AL MINISTERIO DE EDUCACION Y DECRETO 1297 DE 1964 NIT 890.801.063 - 0

Certificado Académico

EL JEFE DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADEMICO

CERTIFICA

Que **CAMILA ANDREA HOYOS CARDONA**, con Código 241813159 e identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.1053870902 expedida en MANIZALES, se encuentra matriculado para el PRIMER PERIODO del año 2021, en su séptimo semestre en el programa de **ENFERMERIA**, adscrito a la Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD, y con una intensidad horaria semanal de 30 horas, entre presenciales y prácticas

Que el programa académico es de carácter Presencial

Que el programa de ENFERMERIA, adscrito a la Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD, tiene una duración oficial de 10 semestres (5 AÑOS).

El PRIMER periodo académico será entre el 08 de febrero y el 18 de junio de 2021.

Manizales, 23 de abril de 2021



PAULA MARCELA RESTREPO LÓPEZ
Jefe

REGIONAL CALDAS

EL CENTRO PARA LA FORMACION CAFETERA

HACE CONSTAR

Que SARA SOFIA HOYOS CARDONA identificada(o) con Tarjeta de Identidad No. 1000943690 se encuentra cursando el programa de TÉCNICO EN PRODUCCIÓN DE CAFÉS ESPECIALES el cual inició 01 de MARZO de 2021 y finalizará 28 de FEBRERO de 2022, en modalidad Presencial, con el siguiente horario:

DÍA	HORA INICIO	HORA FIN
LUNES	08:00	16:00
MARTES	08:00	16:00
MIERCOLES	08:00	16:00
JUEVES	08:00	16:00
VIERNES	08:00	16:00
SABADO	06:00	17:59

Se expide en MANIZALES a los 23 días del mes de ABRIL de 2021



CARLOS ALBERTO OSPINA RIVERA
SUBDIRECTOR (A)
CENTRO PARA LA FORMACION CAFETERA

Ministerio de la Protección Social
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
NIT 899999034-1 / Ley 119 de 1994